

**MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS PARA A CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA  
DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

**Autora**

Ângela Maria Paredes Ferreira

**Orientadora**

Mónica Granja

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Porto, junho de 2017

## **Artigo de Investigação Médica**

### **MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA A CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

#### **Autora:**

Ângela Maria Paredes Ferreira

*Categoria:* Licenciatura em Enfermagem, Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

*Endereço:* Rua 1º de Maio n.º 5, 4925-009 Viana do Castelo

*E-mail:* angela.paredes.ferreira@gmail.com

*Afiliação:* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto

#### **Orientadora:**

Mónica Granja

*Categoria:* Licenciatura em Medicina (pré-Bolonha), Professora auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

*Contagem de palavras:* 3204

*Número de tabelas:* 4

*Número de figuras:* 2

*Conflito de interesses:* a autora declara que não têm conflito de interesses neste artigo.

## Resumo

**Introdução:** O processo de referenciação facilita a transição dos doentes entre os níveis de cuidados, sendo fundamental em doenças crónicas como a diabetes *mellitus* (DM). A gestão destes doentes é um desafio para os médicos dos Cuidados de Saúde Primários, pelo que, dependendo da gravidade e complexidade dos tratamentos, a abordagem destes pode implicar a coordenação entre os níveis de cuidados, nomeadamente através da endocrinologia.

**Objetivos:** caracterizar as referenciações por DM tipo 2 quanto à sua origem, resultado, tempo de espera, valor da hemoglobina A1c e uso de insulina; identificar os motivos de referenciação por DM tipo 2 dos Cuidados de Saúde Primários para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto; e avaliar a qualidade das cartas de referenciação.

**Métodos:** Estudo transversal retrospectivo, através do censo das referenciações dos doentes com DM tipo 2 à consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto no período de um ano. Os dados foram obtidos através da consulta das referenciações no portal *Consulta a Tempo e Horas* e tratados determinando medidas de estatística descritiva.

**Resultados:** O serviço de endocrinologia recebeu, em 2015, um total de 1143 referenciações, das quais 190 são referentes a doentes com DM. No estudo foram incluídas 135 referenciações de doentes com DM tipo 2, tendo-se identificado uma média de 1,6 motivos por referenciação. O motivo mais frequentemente identificado é a instabilidade metabólica. Após a análise das cartas de referenciação, verificou-se que a maioria tem qualidade 'aceitável'.

**Discussão:** Os critérios atualmente definidos para a referenciação de doentes com esta patologia são pouco esclarecedores, pelo que o conjunto de motivos que leva os médicos a referenciar é grande: desde a instabilidade metabólica, com ou sem complicações da DM, a doentes com hemoglobina A1c entre 6,0% e 14,0%. É importante clarificar as situações que devem ou não ser referenciadas. Este estudo permitiu identificar a grande variabilidade de motivos referenciados e propor uma potencial ferramenta de categorização dos motivos de referenciação da DM tipo 2 para a consulta hospitalar, que poderá ser utilizada no futuro com o objetivo de uniformizar o reencaminhamento destes doentes.

### Palavras-chave:

Diabetes *mellitus*, Referenciação, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Secundários, Endocrinologia

## Abstract

**Introduction:** The referral process eases the patients' transition between different levels of care, being fundamental on chronic conditions such as diabetes mellitus (DM) type 2. This patients' management is a challenge for primary care doctors, since, depending on illness severity and treatments' complexity, it may implicate coordination between different levels of care, especially through endocrinology.

**Objectives:** characterize DM type 2 referrals as to its origin, result, waiting time, A1c hemoglobin value and insulin use; identify motives which led to the referral of DM type 2 patients from primary health care to the endocrinology appointment of Centro Hospitalar do Porto; and evaluate referral documents' quality.

**Methods:** Transversal retrospective study, through the census of the DM type 2 referrals to the endocrinology appointment of Centro Hospitalar do Porto during the period of a year. The data were obtained through the consultation of the online platform *Consulta a Tempo e Horas* and were analyzed determining measurements of descriptive statistics.

**Results:** The endocrinology department received, in 2015, a total of 1143 referrals, 190 of which correspond to DM type 2 patients. There were only included 135 referrals of DM type 2 patients and were identified a mean of 1,6 motives for referral. The most frequently identified motive is metabolic instability. After the referral documents' analysis, it was verified that most of them are 'acceptable'.

**Discussion:** The criteria defined nowadays for the referral of patients with this condition are barely enlightening, therefore the motives which led the doctors to make a referral is extensive: since metabolic instability, with or without complications of DM type 2, to patients with A1c hemoglobin between 6,0% and 14,0%. It is important to clarify which situations must or shall not be referred. This study allowed the identification of a great variability of referral motives and the proposal of a potential categorization tool for these motives, which can possibly be used in the future with the objective of standardizing the referral of these patients.

### Keywords:

Diabetes *mellitus*, Referrals, Primary Care, Secondary Care, Endocrinology

## Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde (1,2), ou seja, são a porta de entrada de um sistema que assegura um atendimento acessível e abrangente, em regime de ambulatório, proporcionando cuidados de saúde curativos e preventivos de uma forma contínua e coordenando os processos de atendimento dos doentes em todo o sistema de saúde (3).

Um sistema de CSP pode ser abordado como um sistema multidimensional estruturado, que facilita o acesso a vários serviços de um modo coordenado e contínuo e aplica recursos para proporcionar um atendimento de alta qualidade, contribuindo para o desempenho geral do sistema de saúde e da saúde da população (4). Assim, a equipa de CSP transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema de saúde, referenciando doentes ou mobilizando o apoio de serviços especializados (2).

Segundo Kringos, existem três tipos de sistema de referência nos países europeus: a) acesso a diferentes especialidades através de referência realizada por médicos – *gatekeepers* –; b) acesso direto à maioria das especialidades médicas sem necessidade de referência; ou c) acesso direto através de pagamento de forma privada ou copagamento (5). Em países como Portugal, Espanha, Reino Unido ou Noruega, os doentes necessitam de uma referência realizada por médicos para aceder a diferentes especialidades no sistema de saúde público (5).

Apesar da existência destes sistemas de referência, a cooperação e coordenação entre os CSP e Cuidados de Saúde Secundários (CSS) é problemática em muitos países (5).

## Referenciação

O médico de CSP, como *gatekeeper*, assume um papel fulcral na avaliação inicial das situações clínicas, na abordagem da maior parte dos motivos de consulta e, se houver necessidade, na referência para os CSS.

A referência facilita a transição entre os CSP e os CSS para aconselhamento/gestão do diagnóstico, acesso a tratamentos ou procedimentos especializados e/ou para obter uma segunda opinião ou reavaliação (6–9). Este processo, para que seja de qualidade, requer pedidos que contenham toda a informação necessária para o melhor conhecimento entre os médicos dos CSP e os médicos dos CSS (10). A comunicação ocorre, geralmente, por escrito ou por telefone (8), sendo que, em Portugal, é realizada através do portal *Consulta a Tempo e Horas*, que consiste num sistema eletrónico de referência dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar (11).

Relativamente às doenças crónicas, a abrangência dos cuidados de saúde implica a gestão das várias necessidades dos doentes, desde a deteção/diagnóstico, monitorização e identificação de agravamento ou exacerbações, à integração de vários serviços sempre que é necessária continuidade de cuidados (12). Neste contexto, o processo de referência é fundamental.

## **Diabetes *mellitus***

A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crónica complexa (13,14) que pode ser classificada em três tipos principais: DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional (15). No entanto, existem tipos menos frequentes como a diabetes monogénica e a diabetes secundária a distúrbios hormonais ou a doenças pancreáticas (13).

A DM tipo 2 é o tipo mais frequente, ocorrendo geralmente em adultos, apesar de se começar a verificar um aumento da incidência em crianças e adolescentes (13,16).

A Europa é a segunda região, a nível mundial, com maior taxa de prevalência de DM tipo 2 (taxa estimada de 9,1%, em 2015, na população entre 20-79 anos), sendo que 4,8% dos adultos entre os 20 e 79 anos têm tolerância à glicose diminuída (13). Em Portugal, segundo dados de 2014, a prevalência estimada de DM na mesma faixa etária foi de 13,1%, verificando-se o aumento da prevalência com a idade (mais de um quarto das pessoas entre os 60 e 79 anos tem DM) (17). Na população portuguesa, estima-se que a DM atinja 15,8% dos homens e 10,7% das mulheres dos 20 aos 79 anos (17). Em 2013, por cada óbito por DM, esta foi responsável por cerca de oito anos de vida perdida na população com menos de 70 anos e esteve na origem de 4,0% das mortes ocorridas em 2014 (17).

## **Referenciação e a DM**

A abordagem do doente diabético implica cuidados médicos contínuos, com implementação de estratégias para controlo glicémico e de redução de fatores de risco (14).

A DM tipo 2 é maioritariamente diagnosticada por médicos dos CSP (18) e é também a este nível que a maioria dos doentes é acompanhada em países como Portugal, Espanha, Israel e Canadá (19–22), para que sejam cuidados de uma forma holística (23).

No entanto, a gestão dos doentes com DM representa um desafio para os médicos de CSP (19), pelo que, dependendo da gravidade e complexidade dos tratamentos, a abordagem destes pode implicar a coordenação entre os CSP e os CSS, nomeadamente através da endocrinologia (18,24–26).

Neste sentido, têm sido várias as *guidelines* (14,18,27–29) e os trabalhos publicados internacionalmente com o objetivo de averiguar a forma como ocorre a coordenação entre os dois níveis de cuidados de saúde e os motivos que levam os médicos dos CSP a referenciar os doentes para os CSS (19,21,25,26,30).

Em Portugal continental, em 2014, estavam registados na Rede de CSP do Serviço Nacional de Saúde 764 598 doentes com DM (em 11 922 633 doentes registados) (17). As ‘Consultas de Diabetes’, no total de consultas médicas realizadas nos CSP, aumentaram de 6,1%, em 2011, para 8,3%, em 2014 (17). Através destes dados, é possível perceber que grande parte dos doentes com DM é acompanhada ao nível dos CSP (17); no entanto, não se encontram estudos publicados sobre a referenciação destes doentes para os CSS a nível nacional.

Atualmente, os critérios de referenciação definidos pelo Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2 são:

- Valor de Hemoglobina A1c (HbA1c)  $\geq$  a 8%, sem melhoria ao fim de 6 meses;
- Qualquer situação clínica de labilidade e/ou comorbilidade associada em que se considere necessária a orientação para avaliação nos cuidados hospitalares (31).

Assim, a referenciação pelo primeiro critério, que implicaria a referenciação de 20,0% dos doentes com DM (17), o que poderá não ser sempre viável nem útil. O segundo critério,

para efeitos de referenciação, afigura-se vago e subjetivo. Surge assim a questão de investigação que origina este trabalho: que doentes com DM tipo 2 são, de facto, referenciados para a consulta de endocrinologia?

## Objetivos

Os objetivos do estudo são:

- Caracterizar as referenciações por DM tipo 2 quanto à sua origem, resultado, tempo de espera, HbA1c e uso de insulina.
- Identificar os motivos de referenciação por DM tipo 2 dos CSP para a consulta externa de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP).
- Avaliar a qualidade das cartas de referenciação dos CSP para a consulta externa de endocrinologia do CHP.

## Métodos

Realizou-se um estudo transversal retrospectivo sobre as referenciações dos doentes com DM tipo 2 à consulta externa de endocrinologia do CHP. Tratou-se de um censo de todas as referenciações recebidas no período de um ano (1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015), último ano civil completo com dados acessíveis.

Os dados foram obtidos através da consulta pela autora (mediada pelo respetivo triador hospitalar) das referenciações para endocrinologia no portal *Consulta a Tempo e Horas* e registados de forma codificada permitindo a sua posterior anonimização.

As variáveis estudadas e a respetiva operacionalização são:

- Sexo (masculino ou feminino)
- Idade, em anos
- Origem da referenciação, por Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)
- Resultado da referenciação (aceite ou recusado)
- Tempo de espera entre referenciação e consulta, em dias
- HbA1c, em percentagem (%), do último semestre
- Insulinoterapia ('faz', 'não faz' ou 'sem registo de terapêutica')
- Motivo das referenciações por DM tipo 2, segundo categorização desenvolvida pela autora com base em *guidelines* e estudos internacionais publicados (18,25,27,32), a saber: 'sem motivo claro', 'instabilidade metabólica', 'complicações da DM', 'necessidade de iniciar insulina', 'reavaliação', 'pedido do doente para segunda opinião', 'incapacidade de recursos', 'intensificar terapêutica educacional' e 'outros motivos' (Tabela 1). Cada referenciação foi categorizada com 1 ou mais motivos.
- Qualidade da carta de referenciação, segundo os critérios propostos por Irazábal Olabarrieta e Gutiérrez Ruiz (33): 'má', 'aceitável' e 'boa' (Tabela 2)

**Tabela 1: Categorização dos motivos de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto**

<i>Categoria</i>	<i>Motivos considerados</i>
Sem motivo claro	
Instabilidade metabólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doentes com mau controlo metabólico apesar de instituídas modificações terapêuticas</li> <li>- Variabilidade das glicemias</li> <li>- Hemoglobina A1c aumentada</li> </ul>
Complicações da diabetes <i>mellitus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicações da diabetes <i>mellitus</i> que causam dificuldade na abordagem do doente</li> <li>- Diminuição da função renal</li> <li>- Retinopatia diabética que cause dificuldade no tratamento ou monitorização da glicemia por défice da acuidade visual</li> <li>- Complicações de feridas em doentes com pé diabético isquémico ou neuropático</li> <li>- Efeitos secundários da terapêutica antidiabética (exceto hipoglicemia – incluída na categoria 'Instabilidade metabólica')</li> </ul>
Necessidade de iniciar insulinoaterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de iniciar insulina por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- instabilidade metabólica (associada categoria 'Instabilidade metabólica')</li> <li>- alteração da terapêutica por doença renal crónica (associada categoria 'Complicações da diabetes <i>mellitus</i>')</li> </ul> </li> <li>- <i>Situações em que já iniciaram insulina e necessitam de ajuste do esquema, foi considerada a categoria 'Instabilidade metabólica'.</i></li> <li>- <i>Situações em que é referido que o doente recusa insulina, apesar de necessitarem de ajuste da terapêutica, foi considerada a categoria 'Intensificar terapêutica educacional'.</i></li> </ul>
Reavaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doentes que previamente tiveram, pelo menos, uma observação (em consulta ou no internamento) de endocrinologia no Centro Hospitalar do Porto</li> </ul>
Pedido do doente para segunda opinião	
Incapacidade de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade de recursos humanos ou materiais nos Cuidados de Saúde Primários</li> </ul>
Intensificar terapêutica educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para reforço de ensinamentos sobre medicação, alimentação ou monitorização de glicemia</li> <li>- Para encaminhamento para consulta de nutrição</li> <li>- Dificuldade do doente no tratamento ou monitorização das glicemias</li> <li>- Doentes que não aderem ao tratamento ou monitorização glicémica</li> <li>- Doentes em que é necessário ajuste de terapêutica, mas recusam insulina</li> <li>- Doentes em que foram tentadas várias estratégias, mas mantém dificuldade no controlo metabólico</li> </ul>
Outros motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por sugestão de outro especialista</li> <li>- Por alteração da área de residência</li> <li>- Para atestado para carta de condução</li> <li>- Para remarcação de primeira consulta após falta do doente</li> <li>- Existência de comorbilidades que dificultam a abordagem terapêutica</li> </ul>



**Tabela 2: Critérios para avaliação da qualidade da carta de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Secundários**

Qualidade Critérios

Boa	Presença de todos os critérios: - Idade <sup>a</sup> - Antecedentes pessoais e familiares - Tratamento que realiza habitualmente <sup>b</sup> - Dados suficientes sobre a patologia atual <sup>c</sup> , com resultados de exames complementares <sup>d</sup> - Suspeita diagnóstica, diagnóstico diferencial ou motivo da referenciação
Aceitável	Presença de todos os critérios: - Motivo de referenciação claro - Dados sobre a patologia atual, mas não apresenta todos os referidos no ponto anterior
Má	Presença de, pelo menos, 1 critério: - Ilegível <sup>e</sup> - Sem dados suficientes para a avaliação da patologia atual - Ausência de informação

<sup>a</sup> Não se aplica - a plataforma usada inclui automaticamente a idade dos doentes.

<sup>b</sup> Nome do fármaco, dose e posologia.

<sup>c</sup> Tipo de diabetes *mellitus*, data do diagnóstico ou número de anos de evolução, complicações, evolução e progressão no tratamento.

<sup>d</sup> Hemoglobina A1c ou registo da monitorização de glicemias capilares que permita perceber o perfil glicémico do doente.

<sup>e</sup> Não se aplica – as referenciações são feitas na plataforma informática.

Neste estudo foram excluídos os doentes com menos de 18 anos, DM tipo 1, diabetes gestacional e diabetes secundária, uma vez que não geram dúvidas quanto à referenciação. Foram também excluídos doentes em que não foi possível identificar o tipo de DM. Os doentes referenciados por úlceras nos pés foram excluídos da descrição das referenciações e categorização dos motivos, uma vez que são encaminhados especificamente para consulta externa de pé diabético.

A categorização dos motivos e avaliação da qualidade das cartas de referenciação foram discutidos entre a autora e a orientadora e verificados 3 vezes por ambas para diminuir o viés de classificação.

O tratamento de dados consistiu na determinação de medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias, desvio-padrão, máximos e mínimos), através de suporte informático utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 24.0 para o *Windows*® e o programa *Microsoft Excel*® 2016.

O trabalho foi submetido à Comissão Científica do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, do Departamento de Ensino, Formação e Investigação e da Comissão de Ética do CHP.

## Resultados

O serviço de endocrinologia do CHP recebeu, no ano de 2015, um total de 1143 referenciações dos CSP.

Das 1143 referenciações, 190 são referentes a doentes com DM (16,6%), a maioria (141) com DM tipo 2, o que corresponde a 12,3% do total de referenciações, sendo que em

1,3% não foi possível determinar o tipo de DM através da referenciação. Dasquelas 141 referenciações, 6 foram referenciadas para a consulta externa do pé diabético, pelo que foram incluídas no estudo 135 referenciações.

### Referenciações por DM tipo 2

A média de idades dos doentes com DM tipo 2 referenciados é de  $65,3 \pm 11,1$  anos, com idade mínima de 28 anos e máxima de 92 anos (68,9% tem mais de 60 anos), sendo 60,0% do sexo feminino. A maioria dos doentes foi referenciado do ACeS Porto Ocidental (Figura 1).

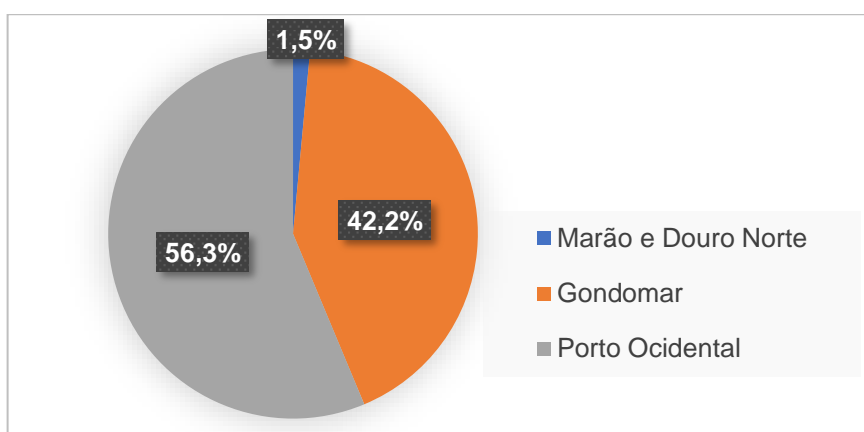


Figura 1 Origem das referenciações para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto em 2015, por Agrupamento de Centro de Saúde

Das referenciações incluídas no estudo, 106 (78,5%) foram aceites para marcação de consulta externa de endocrinologia. O tempo de espera para esta consulta foi de  $35,1 \pm 20,1$  dias (mínimo de 0 e máximo de 106 dias). Quanto aos motivos de recusa, 25 foram recusadas por informação insuficiente no motivo de referenciação, 3 por já ter sido marcada ou realizada consulta e 1 pela situação clínica não justificar consulta hospitalar.

Das 135 referenciações estudadas, 116 (85,9%) referem o valor da HbA1c. A média das HbA1c é de  $9,7 \pm 1,5\%$ , com mínimo de 5,6 e máximo de 14,0%. Das 19 referenciações sem registo de HbA1c, 14 não apresentam este valor nem perfil glicémico, 4 apresentam perfil glicémico e 1 tem valor registado desatualizado (valor de novembro de 2012). Verificou-se que 71,1% dos doentes referenciados já realiza insulinoaterapia.

### Motivos de referenciação por DM tipo 2

Identificaram-se 224 motivos de referenciação que correspondem a uma média de 1,6 motivos por referenciação. A instabilidade metabólica é o motivo mais frequentemente identificado (55,6%) (Tabela 3).

**Tabela 3: Motivos identificados nas 135 referências por diabetes *mellitus* tipo 2 para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto em 2015**

Motivos de referência	N (%)
Sem motivo claro	3 (1,4)
Instabilidade metabólica	119 (55,6)
Complicações da diabetes <i>mellitus</i>	20 (9,3)
Necessidade de iniciar insulino-terapia	10 (4,7)
Reavaliação	17 (7,9)
Pedido do doente para segunda opinião	2 (0,9)
Incapacidade de recursos	1 (0,5)
Intensificar terapêutica educacional	31 (14,5)
Outros motivos <sup>a</sup>	11 (5,7)
<b>Total</b>	<b>224 (100,0)</b>

<sup>a</sup> 4 doentes referenciados por alteração da área de residência; 3 por sugestão de outro médico; 2 por comorbilidades que dificultam gestão terapêutica; 1 por ter faltado a primeira consulta agendada após internamento; e 1 para pedido de atestado para carta de condução.

Em 47,4% das cartas de referência, foi identificado mais que 1 motivo (Tabela 4).

**Tabela 4: Motivos de referência identificados em cada carta de referência por diabetes *mellitus* tipo 2 para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto em 2015 (N=135)**

Motivos de referência	N (%)
Instabilidade metabólica	59 (43,7)
Instabilidade metabólica + Intensificar terapêutica educacional	19 (14,1)
Instabilidade metabólica + Complicações da diabetes <i>mellitus</i>	11 (8,1)
Instabilidade metabólica + Reavaliação	10 (7,4)
Outros motivos	6 (4,4)
Instabilidade metabólica + Reavaliação + Intensificar terapêutica educacional	5 (3,7)
Instabilidade metabólica + Necessidade de iniciar insulina + Intensificar terapêutica educacional	3 (2,2)
Sem motivo claro	3 (2,2)
Instabilidade metabólica + Outros motivos	3 (2,2)
Instabilidade metabólica + Necessidade de iniciar insulina	2 (1,5)
Instabilidade metabólica + Complicações da diabetes <i>mellitus</i> + Necessidade de iniciar insulina	2 (1,5)
Complicações da diabetes <i>mellitus</i> + Necessidade de insulina	2 (1,5)
Incapacidade de recursos	1 (0,7)
Pedido do doente para segunda opinião	1 (0,7)
Outras associações de critérios	7 (5,2)
<b>Total</b>	<b>135 (100,0)</b>

### Qualidade das cartas de referência

Após a análise das cartas de referência, verificou-se que a maioria (93) tem qualidade 'aceitável' (Figura 2), 14 das quais não foram aceites para consulta de endocrinologia. Das 21 cartas com qualidade 'má', 7 foram aceites e marcada consulta.

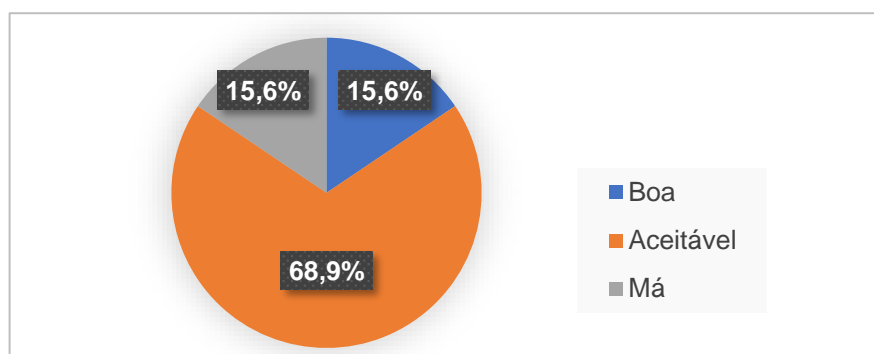


Figura 2 Qualidade das cartas de referência dos doentes com diabetes mellitus tipo 2 para a consulta de endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto em 2015

## Discussão

As referências dos CSP para a consulta de endocrinologia do CHP por DM tipo 2 corresponderam a 12,3% do total de referências a esta especialidade em 2015. Após a categorização dos motivos e avaliação das cartas das 135 referências, verificou-se que grande parte é referenciada por instabilidade metabólica e que a carta tem uma qualidade 'aceitável'.

Dado este estudo ser exploratório e o contexto variar de país para país, não existem estudos na bibliografia que permitam a comparação metodológica e revelou-se difícil a comparação de resultados.

A categorização dos motivos de referência proposta no estudo de Javier Escalada (25), utilizada como base para a metodologia adotada no presente estudo, apresentou-se insuficiente, uma vez que não estavam discriminadas as situações incluídas em cada uma das categorias. Por este motivo, a autora definiu os motivos a considerar em cada uma das categorias (Tabela 1), de forma a objetivar a apreciação das referências e a salvaguardar a possibilidade da existência de vieses, assegurando a reprodutibilidade do estudo.

Relativamente aos motivos, a maioria das referências foi categorizada com mais do que 1 motivo. O caráter do estudo, retrospectivo e com realização da categorização *a posteriori*, dificultou a avaliação dos motivos de referência. De facto, nas referências estudadas, raramente é descrito, de forma clara, o motivo pelo qual estão a ser feitas. A maioria descreve a situação clínica do doente, sendo quase sempre possível deduzir o motivo de referência, mas não de forma tão objetiva como seria desejável. Por um lado, este dado aponta para a necessidade da criação de um sistema de categorização de motivos de referência, no sentido de melhor orientar o doente na consulta hospitalar. Por outro, reforça a complexidade já conhecida da DM enquanto doença crónica com atingimento sistémico, pelo que poderá sempre ser difícil associar apenas um motivo à referência destes doentes. Noutros estudos sobre referências na DM, os principais motivos apresentados são insuficiência renal grave (21), complicações ou dificuldade na insulino-terapia (26) e reavaliação (25), o que não se verificou neste estudo. Esta discrepância poderá ser justificada pelo facto de se tratar de estudos realizados em contextos diferentes, o que implica diferenças na organização dos cuidados, tanto dos recursos como das práticas. Além disso, como se trata de estudos prospetivos, a

metodologia inclui a entrega prévia aos médicos de família de uma lista de critérios na qual deveriam selecionar apenas um motivo de referenciação.

A associação de mais que um motivo na mesma referenciação, não identificada nos estudos supracitados, permite verificar que 14,1% das referenciações tem como fundamento a instabilidade metabólica e a necessidade de intensificar a terapêutica educacional. Este facto sugere que poderá haver algum benefício em reforçar a educação para a saúde sobre alimentação, medicação e monitorização das glicemias ao nível dos CSP. Ao mesmo tempo, é possível considerar algumas potenciais dificuldades dos médicos de família dos CSP, tal como a má adesão terapêutica e a gestão de doentes a quem foram aplicadas várias estratégias terapêuticas sem melhoria do controlo metabólico. Além disto, surgem associados à instabilidade metabólica outros motivos, como as complicações da DM, que dificultam a abordagem do doente e traduzem muitas vezes a premência de iniciar insulinoaterapia. No entanto, um aspeto a realçar é a verificação de que mais de dois terços dos doentes já realizava insulinoaterapia, havendo uma baixa percentagem de doentes referenciados para iniciar este tipo de tratamento, o que pode denotar capacidade e experiência suficientes dos CSP para escalar na terapêutica antidiabética.

Quanto aos doentes referenciados por 'outros motivos', metade deles não deveria ter sido referenciada pelo médico de família, mas sim diretamente por outros clínicos, uma vez que o acesso à consulta de especialidade hospitalar pode ser realizado através da referenciação por outros hospitais do SNS ou por referenciação interna do próprio hospital (11).

Tal como no estudo de Fogelman (19), a média de HbA1c registada nas referenciações é maior que 9,0%, sendo superior ao referido noutros estudos europeus (25,30) e nos critérios de referenciação definidos no Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (31). Este aspeto pode ser explicado pelo facto de os médicos de família procurarem gerir os doentes ao nível dos CSP (19) para uma maior continuidade de cuidados e por terem experiência na gestão terapêutica, referenciando apenas quando consideram ter esgotado todos os recursos terapêuticos à sua disposição.

O último aspeto avaliado foi a qualidade das cartas de referenciação que, de uma forma global, é semelhante à apresentada noutros estudos de referenciação de doentes para os CSS (34,35), sendo maioritariamente de qualidade 'aceitável'. Através da avaliação da descrição, dos motivos e da qualidade de referenciação foi possível inferir que nem todas as referenciações de qualidade 'má' foram recusadas, uma vez que um terço destas teve marcação de consulta externa de endocrinologia. No entanto, apesar de terem um motivo válido para a referenciação e, por isso, esta ter sido aceite, a informação transmitida não é suficiente para caracterizar a situação clínica dos doentes em questão. Em Portugal, a referenciação através do portal *Consulta a Tempo e Horas* inclui automaticamente os dados identificativos do doente e permite associar também automaticamente os antecedentes pessoais e resultados dos exames complementares de diagnóstico já registados no processo clínico eletrónico do doente. Ao médico de família, ao referenciar um doente, é solicitada justificação ou motivo, podendo depois ser acrescentada mais informação considerada pertinente. Um aspeto que poderia simplificar este processo seria a possibilidade de adicionar automaticamente a medicação habitual do doente e de categorizar os motivos de referenciação a partir de uma lista de critérios pré-definidos, como foi realizado neste estudo.

Como não foram encontrados estudos semelhantes e os critérios presentes no Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* (31) são demasiado abrangentes, considera-se que o estudo foi importante para descrever e identificar os motivos referidos pelos médicos de família que referenciam os seus doentes com DM tipo 2 a endocrinologia.

São pontos fortes deste estudo o facto de ser um estudo exploratório sobre uma questão relevante e o de ter avaliado todas as referenciações efetuadas para a consulta externa de endocrinologia do CHP no período de um ano, obtendo-se uma população de 135 doentes.

Contudo, como foram avaliadas as referenciações apenas da área de influência do CHP, num período de tempo em que estas tinham que ser realizadas para hospitais pré-definidos, tal tornou-se uma limitação deste estudo. Este aspeto impossibilita a generalização dos resultados, uma vez que a gestão da consulta varia nos diferentes hospitais, mesmo a nível nacional. Por outro lado, o carácter retrospectivo do estudo dificultou a categorização dos motivos de referência avaliados, assim como a colheita de todos os dados relativos às variáveis em estudo. Outra limitação do estudo é o possível viés de classificação dos motivos de referência e da avaliação da qualidade das cartas, que foi minimizado pela verificação pela autora e orientadora mais do que uma vez.

No futuro, a realização de um estudo prospetivo possibilitará ajustar e validar os critérios de categorização definidos pela autora. Além disso, permitirá estudar a adequação dos critérios à resposta da referência pelos CSS, idealmente, num estudo que envolva os dois níveis de cuidados, permitindo a otimização da rede de cuidados e, desta forma, prevenir quer o excesso quer a subutilização dos CSS (30).

Em suma, os critérios atualmente definidos para a referência de doentes com DM tipo 2 são pouco esclarecedores, pelo que o conjunto de motivos que leva os médicos de família a referenciar é grande: desde a instabilidade metabólica, que inclui doentes com episódios de hipoglicemias frequentes, com ou sem complicações da DM, a doentes com HbA1c entre 6,0% e 14,0%. É importante clarificar as situações que devem ou não ser referenciadas para os CSS.

Este estudo permitiu identificar a grande variabilidade de situações referenciadas e, ao mesmo tempo, propor uma potencial ferramenta de categorização dos motivos de referência da DM tipo 2 para a consulta hospitalar, que poderá ser utilizada no futuro com o objetivo de uniformizar a referência destes doentes.

## **Agradecimentos**

Ao Serviço de Informática de Gestão e ao Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto, em particular ao Dr. Jorge Dóres, que possibilitaram a recolha de dados para a concretização do estudo.

À minha família, pela compreensão e apoio incondicional ao longo de todo o percurso académico.

Aos meus amigos, pela paciência, interajuda e apoio demonstrados.

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [Internet]. World Health Organization. Alma-Ata, USSR; 1978. p. 3. Available from: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf)
2. World Health Organization. The World Health Report - Primary Health Care (Now More Than Ever). [Internet]. World Health Organization; 2008. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* [Internet]. 1994;344(8930):1129–33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
4. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010;10:65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226084>
5. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe : an international comparative study. In: Kringos DS, editor. *The strength of primary care in Europe* [Internet]. Utrecht University; 2012. p. 145–64. Available from: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/256373>
6. Wahlberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2015;15(1):353. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26318734>
7. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Akbari A, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 Oct 8;(4):CD005471. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005471.pub2>
8. Piterman L, Koritsas S. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J* [Internet]. 2005;35(8):491–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16176475>
9. Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: The experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2000;50(451):116–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750208>
10. Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. Improving the Quality of Care in General Practice [Internet]. London: The King's Fund; 2011. p. 155. Available from: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf)
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/2013 [Internet]. Vol. 1ª série, Diário da República. Lisboa; 2013. p. 1185–9. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/259263/details/normal?q=Portaria+n.º+95%2F2013>
12. Lee ACK, Blank L, Payne N, McShane M, Goyder E. Demand management: Misguided solutions? *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013;63(613):e589-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23972200>
13. Aguirre F, Brown A, Cho N, Dahlquist G, Dodd S, Dunning T, et al. *IDF Diabetes Atlas* [Internet]. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015. 142 p. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>

14. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. Diabetes Care [Internet]. 2016;39(Suppl 1):S112. Available from: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2015/12/21/39.Supplement\\_1.DC/2016-Standards-of-Care.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC/2016-Standards-of-Care.pdf)
15. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [Internet]. Saúde M da, editor. Norma da Direção Geral da Saúde (002/2011). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011. p. 1–13. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011.aspx>
16. Powers A. Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification and Pathophysiology. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York: McGraw-Hill; 2015. p. 2399–407.
17. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números [Internet]. Vol. 11, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014. 2014. p. 0–64. Available from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao.aspx>
18. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2 [Internet]. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008. p. 181. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_429\\_Diabetes\\_2\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf)
19. Fogelman Y, Karkabi K, Goldfracht M. Poor glycemic control as a reason for referral of diabetes patients to specialists in Israel. J community Hosp Intern Med Perspect [Internet]. 2016;6(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27124172>
20. Bajaj HS, Aronson R, Venn K, Ye C, Sharaan ME. The Need Associated with Diabetes Primary Care and the Impact of Referral to a Specialist-Centered Multidisciplinary Diabetes Program (the NADIR Study). Can J Diabetes [Internet]. 2016;40(2):120–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612189>
21. Gómez-Huelgas R, Artola-Menéndez S, Menéndez-Torre E. Analysis of the healthcare process of patients with type 2 diabetes mellitus and associated comorbidity treated in Spain's National Health System: A perspective of medical professionals. IMAGINE study. Rev Clin Esp [Internet]. 2015;216(3):113–20. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2254887416000060>
22. Entidade Reguladora da Saúde. Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus [Internet]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2011. p. 49. Available from: [http://www.ers.pt/actividades/estudos/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](http://www.ers.pt/actividades/estudos/DM_Relatorio_Final.pdf)
23. Handelsman Y, Bloomgarden ZT, Grunberger G, Umpierrez G, Zimmerman RS, Bailey TS, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology - Clinical Practice Guidelines for Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Plan 2015. Endocr Pr [Internet]. 2015;21(Suppl 1):1–87. Available from: <http://journals.aace.com/doi/abs/10.4158/EP15672.GLSUPPL>
24. Ministerio de Sanidade Servicios Sociales e Igualdade. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2012. p. 108. Available from: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia\\_en\\_diabetes\\_del\\_SNS\\_Accesible.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf)
25. Javier Escalada F, Ezkurra P, Ferrer JC, Ortega C, Roldán C, Font B. Análisis sobre los motivos de derivación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre atención primaria



- y atención especializada. Estudio Pathways. *Av en Diabetol* [Internet]. 2013;29(3):60–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-analisis-sobre-los-motivos-derivacion-S1134323013000215?redirectNew=true>
26. Beaser R, Okeke E, Neighbours J, Brown J, Ronk K, Wolyniec W. Coordinated Primary and Specialty Care for Type 2 Diabetes Mellitus, Guidelines, and Systems: An Educational Needs Assessment. *Endocr Pract* [Internet]. 2011;17(6):880–90. Available from: <http://journals.aace.com/doi/abs/10.4158/EP10398.OR>
  27. Joslin Diabetes Center. Guideline for Specialty Consultation/Referral [Internet]. Boston; 2013. p. 7. Available from: [https://www.joslin.org/docs/Referral\\_Guidelines\\_8\\_6\\_13\(1\).pdf](https://www.joslin.org/docs/Referral_Guidelines_8_6_13(1).pdf)
  28. International Diabetes Federation Guideline Development Group. Global guideline for type 2 diabetes. [Internet]. Vol. 104, Diabetes research and clinical practice. 2014. p. 1–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24508150>
  29. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. p. 1–44. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>
  30. Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Verbeke G, Carbonez A, Ivanova A, et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009;9(1):179. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-179>
  31. Direção-Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Departamento da Qualidade na Saúde, editor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013. p. 149. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013.aspx>
  32. Forga L, Astorga R, Albero R, Gaztambide S, Jociles J, Mato JA, et al. Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada del paciente diabético. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2005;52(1):46–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509220570975X>
  33. Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Atención Primaria* [Internet]. 1996;17(6):376–81. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-funciona-comunicacion-entre-los-niveles-14231>
  34. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;36(3):137–43. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705704480>
  35. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta. *Atención Primaria* [Internet]. 2000;26(10):681–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700787518>